

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRIMÉTRO-SALPINGO-APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

M<sup>lle</sup> Grouna MECKLER

Née à Kacchanow (Russie), le 6 octobre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs  
de la Thèse

DE ROUVILLE, Prof. adj, *Président.*

VALLOIS, Professeur.

J. DELMAS, Agrégé.

VEDEL, Agrégé libre.

*Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1915



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
**PÉRIMÉTRO-SALPINGO-APPENDICITE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41555617\\_0002](https://archive.org/details/IA41555617_0002)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 24

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# PÉRIMÉTRO-SALPINGO-APPENDICITE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

M<sup>lle</sup> Grouna MECKLER

Née à Kacchanow (Russie), le 6 octobre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs  
de la Thèse

DE ROUVILLE, Prof. adj, *Président.*

VALLOIS, Professeur.

J. DELMAS, Agrégé.

VEDEL, Agrégé libre.

*Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1915



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

|                |            |
|----------------|------------|
| MM. MAIRET (*) | DOYEN.     |
| SARDA          | ASSESEUR.  |
| IZARD          | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

|                                               |                  |
|-----------------------------------------------|------------------|
| Clinique chirurgicale                         | MM. TEDENAT (*)  |
| Clinique médicale                             | CARRIEU (*)      |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses   | MAIRET (*)       |
| Physique médicale                             | IMBERT (*)       |
| Botanique et histoire naturelle médicales     | GRANEL           |
| Clinique chirurgicale                         | FORGUE (*)       |
| Clinique ophtalmologique                      | TRUC (O. *)      |
| Chimie médicale                               | VILLE            |
| Physiologie                                   | HEDON            |
| Histologie                                    | VIALLETON        |
| Pathologie interne                            | DUCAMP           |
| Anatomie                                      | GILIS (*)        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR            |
| Microbiologie                                 | RODET            |
| Médecine légale et toxicologie                | SARDA            |
| Clinique des maladies des enfants             | BAUMEL (*)       |
| Pathologie et thérapeutique générales         | BOSC             |
| Hygiène                                       | BERTIN-SANS (H.) |
| Clinique médicale                             | RAUZYER (*)      |
| Clinique obstétricale                         | VALLOIS          |
| Thérapeutique et matière médicale             | VIREB            |
| Anatomie pathologique                         | MASSABUAU        |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraire :* MM. E. BERTIN-SANS (\*), HAMELIN (\*), GRASSET (O. \*).

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                             |                                 |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| Clinique gynécologique                      | MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.     |
| Accouchements                               | PUECH, profes.-adjoint.         |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie           | MOURET, profes.-adj.            |
| Pathologie externe                          | LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.    |
| Clinique des maladies des voies urinaires   | JEANBRAU *, agr. lib. ch. de c. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées  | VEDEL, agr. lib. ch. d. c.      |
| Médecine opératoire                         | SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.   |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | EÜZIERE, agrégé.                |
| Accouchements                               | P. DELMAS, agrégé.              |

## Agrégés en exercice

|                |            |                |
|----------------|------------|----------------|
| MM. GALAVIELLE | MM. RICHÉ  | MM. J. DELMAS. |
| GRYNFELT.      | CABANNES.  | RIMBAUD.       |
| LAGRIFFOUL.    | DERRIEN.   | ROGER.         |
| LEENHARDT.     | P. DELMAS. | ETIENNE.       |
| GAUSSEL.       | EÜZIERE.   | LISBONNE.      |

## Examineurs de la thèse :

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| MM. DE ROUVILLE, Président. | MM. J. DELMAS, Agrégé. |
| VALLOIS, Professeur.        | VEDEL, Agrégé libre.   |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON CHER PÈRE ET A MA CHÈRE MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde  
reconnaissance.*

M<sup>lle</sup> MECKLER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS  
VEDEL ET J. DELMAS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

M<sup>lle</sup> MECKLER.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

## PÉRIMÉTRO-SALPINGO-APPENDICITE

---

### INTRODUCTION

Les nombreuses observations recueillies depuis plusieurs années sur la coexistence possible des lésions annexielles et appendiculaires évoluant de façon indépendante ont imposé la notion d'une relation entre les maladies des annexes et l'appendicite. C'est pour la première fois en France qu'en 1904 à la Société de chirurgie, à propos de la communication de M. le Dr Guinard sur les « erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire », la proposition suivante fut formulée : « Toutes les fois qu'on fait une laparotomie on doit rechercher puis enlever l'appendice, qu'il soit sain ou qu'il soit malade. »

C'est la coexistence fréquente de lésions appendiculaires avec d'autres lésions abdominales ou pelviennes,

utéro-annexielles, annexite droite surtout, qui a amené le chirurgien à porter son attention du côté de l'appendice.

Fréquemment l'on voit des malades, qui ont déjà été opérées pour appendicite, présenter les symptômes d'une affection utéro-annexielle.

La notion de coexistence fréquente de lésions appendiculaires avec des lésions utéro-annexielles, l'abord facile de l'appendice par la voie médiane, la fréquence d'annexite droite chez d'anciennes opérées par la voie latérale pour appendicite, ont amené à rechercher s'il n'est pas préférable d'attaquer l'appendice par la voie médiane.

Dans cette modeste étude nous nous sommes inspirée de la savante communication de M. le professeur de Rouville, intitulée : « Périméto-salpingo-appendicite » (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*).

---

## APPENDICITES MÉCONNUES

Malgré la conscience de l'examen clinique, il arrive souvent encore qu'une appendicite soit prise pour une autre affection abdominale ou qu'une appendicite évoluant en même temps qu'une autre affection abdominale reste ignorée. Mais si cette méconnaissance d'une appendicite est permise au *clinicien*, on ne saurait excuser un *chirurgien* qui, ayant pratiqué une laparotomie, fermerait la paroi sans avoir fait l'examen systématique de l'appendice et méconnaîtrait une appendicite existante.

Se trouvant en présence d'une crise abdominale aiguë survenant chez une jeune femme, caractérisée par une douleur siégeant à droite, par des phénomènes de réaction péritonéale et même par une tuméfaction iliaque, le clinicien éprouve un véritable embarras pour poser un diagnostic précis.

L'existence d'une salpingite haut située par suite d'adhérences anciennes par exemple, ou celle plus fréquente d'appendicite basse dite pelvienne, augmentera la difficulté du diagnostic.

L'appendicite aiguë peut être confondue avec une salpingite à pédicule tordu.

On devra donc, lorsqu'une intervention est pratiquée, que le diagnostic porté soit ou non vérifié, ne pas refermer l'abdomen sans avoir cherché l'appendice.

Quelquefois on découvrira, sans avoir besoin de la rechercher, une masse appendiculaire au contact d'une masse annexielle : l'ablation se fera alors en un seul temps.

En cas où l'appendice ne viendra pas sous les yeux, ne point pratiquer la recherche et l'examen systématique de l'appendice c'est vouloir risquer une nouvelle laparotomie et peut-être la mort de la malade.

Si les lésions aiguës de l'appendice sont souvent ignorées alors qu'il existe une autre affection abdominale, les lésions chroniques le sont encore davantage.

De nombreuses malades opérées pour fibrome, pour kyste de l'ovaire, pour annexite subaiguë présentent souvent avant l'intervention des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, des troubles intestinaux et généraux auxquels le clinicien n'attache pas d'importance, ou qu'il rattache à tout autre chose qu'à des lésions d'appendicite chronique.

La paroi abdominale refermée, la malade continue à souffrir ; une nouvelle laparotomie devient nécessaire et l'appendicectomie, après constatation de lésions appendiculaires souvent très minimes, débarrasse pour toujours la malade de ses douleurs, de ses troubles intestinaux, de ses troubles généraux (Obs. IV).

---

## RAPPORTS ENTRE L'APPENDICITE ET LES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (1)

Frappé par ce fait que la pérityphlite est moins fréquente chez la femme que chez l'homme, l'auteur s'est attaché à en étudier les causes et à préciser en particulier le diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections des organes génitaux dans le sexe féminin.

Il attribue tout d'abord une certaine importance à ce que, chez la femme, l'appendice reçoit, par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarique, une artère supplémentaire. Puis, il discute le diagnostic différentiel entre l'appendicite et les différentes affections de l'appareil génital de la femme, en s'appuyant principalement sur les cas relevés dans le service de M. Sonnenburg, à Berlin.

Dans une première série d'observations, on avait

---

(1) D'après Krüger (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XIV, 3-4).

diagnostiqué soit une appendicite, soit une affection des annexes, tandis qu'un examen plus attentif des patientes et le résultat de l'opération démontrèrent que ce diagnostic était erroné.

Un second groupe de ces cas comprend des appendicites associées à des affections annexielles. Parmi ces faits, en voici un qui nous paraît des plus instructifs. Il a trait à une jeune fille de 19 ans, qui avait déjà subi deux accès de pérityphlite. Elle présente pour la troisième fois des symptômes typiques d'appendicite, et l'on constata, en l'examinant, un empatement de toute la région hypogastrique, plus accentuée cependant du côté gauche. Il existait, en outre, une sensibilité extrême à la pression dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, notamment au niveau de la région iléo-cæcale. L'opération montra qu'il s'agissait à la fois d'un kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule et déplacement vers le côté gauche, et d'une appendicite aiguë classique.

Une troisième catégorie de faits concerne des affections annexielles survenues au cours ou à la suite d'une intervention pratiquée pour pérityphlite.

Enfin, le quatrième groupe est constitué par deux cas intéressants dans lesquels la poche d'un kyste fœtal se trouvait étroitement soudée à l'appendicite. Chez l'une des malades cet organe ne présentait rien de particulier, tandis qu'il était épaissi et hyperémié chez l'autre.

M Krüger conclut de ces faits que les commémoratifs, aidés d'un examen clinique minutieux, permettront d'éviter une erreur diagnostique toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une maladie unique, qu'il s'agisse d'une pérityphlite ou d'une affection de l'appareil

génital, tandis que le diagnostic des associations morbides est beaucoup plus difficile et qu'il est même impossible, sauf dans des cas exceptionnels, de reconnaître d'une manière précise la nature du mal.

---

## MÉCANISME DE L'EXTENSION DU PROCESSUS INFLAMMATOIRE DES ANNEXES A L'APPEN- DICE, ET VICE-VERSA.

Ce mécanisme est encore discuté. La voie séreuse est en faveur; elle est considérée comme jouant le grand premier rôle dans les propagations inflammatoires entre les annexes et l'appendice. La filiation des lésions est ici de toute évidence annexite primitive, suivie de périannexite et de pelvipéritonite; tels sont les premiers phénomènes exclusivement génitaux.

L'appendice est temporairement indifférent, mais sa position trop voisine du foyer de l'action, l'expose aux plus grands dangers: la trompe enflammée menace le péritoine; celui-ci, envahi, se défend, les fausses membranes s'étendent plus loin, rencontrent l'appendice, l'englobent par sa pointe d'abord, puis par son extrémité libre. Par l'ablation des annexes, nous supprimons le foyer primitif d'infection, et rendons inutile toute réaction nouvelle du péritoine; par l'ablation de l'appendice, nous coupons court à l'évolution des lésions profondes de l'appendice qui n'auraient pas tardé à succéder aux lésions superficielles de périappendicite.

D'autre part, l'infection peut se propager par une autre voie, la voie lymphatique, grâce à l'étroite relation qui existe entre les lymphatiques des annexes et leur voisin l'appendice.

---

## TRAITEMENT

### A. — Traitement chirurgical de l'appendicite coexistante avec les lésions annexielles (1).

« Toute annexite, qu'un traitement médical n'a pu guérir, doit être opérée par le ventre. J'ai fait beaucoup d'hystérectomies vaginales pour annexites ; je n'en fais plus ; non certes que mes résultats ne fussent excellents ! Si j'ai modifié ma façon de faire, c'est que j'ai modifié ma façon de voir ; et la vraie raison pour laquelle j'ai substitué la voie abdominale à la voie vaginale dans le traitement des annexites, vous la trouverez avant tout dans cette conviction, qui est la mienne, que l'objectif physiologique en gynécologie n'est pas une utopie. Une statistique déjà longue d'interventions économiques sur les annexes, suivies, pour le plus grand nombre, de guérison complète et de grossesse, pour quelques-unes, me confirme chaque jour davantage dans cette idée que là est la vérité et par conséquent le devoir. Or, seule la

---

(1) Nous avons emprunté ce traitement à l'excellent article de M. le professeur de Rouville : « Périméto-salpingo-appendicite » (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, février 1912).

voie abdominale permet ces interventions économiques. Je parle ici, bien entendu, des femmes dont l'âge réclame le fonctionnement intégral de l'appareil génital. Mais, chez ces dernières comme chez les autres, il est une raison qui n'a pas peu contribué à me faire adopter systématiquement la voie abdominale, et cette raison, vous l'avez deviné, c'est la fréquence du « flirt appendiculo-annexiel ». Que fût-il advenu de ma malade si j'avais pratiqué chez elle l'hystérectomie vaginale? Je lui aurais laissé son appendice; elle aurait sans doute continué à souffrir du ventre, et l'évolution ultérieure d'une appendicite à chaud, suppurative ou gangréneuse, ou plus probablement d'une appendicite scléreuse, eût rendu nécessaire une laparotomie complémentaire. Seule, la laparotomie permet l'exploration de l'appendice, et, quelle que soit la cause de mon intervention gynécologique, qu'il s'agisse de fibromes, d'annexites, de grossesses extra-utérines, etc., je recherche et explore l'appendice sans m'entêter toutefois dans cette recherche parfois laborieuse, si l'intérêt de ma malade me paraît résider dans la terminaison rapide de l'opération. J'ai dit, Messieurs, « je recherche et j'explore l'appendice »; ce qui laisse entendre, n'est-il pas vrai, qu'à l'exemple de Kelly « je n'enlève l'appendice que s'il présente quelque chose d'anormal par ses lésions plus ou moins apparentes ou ses dispositions anatomiques (Obs. I). »

**B. — Laparotomie médiane pour appendicectomie  
chez la femme.**

Seule, la laparotomie permet l'exploration de l'appendice. La voie médiane est plus simple et plus facile que toute autre voie au point de vue ouverture du ven-

tre ; il n'est pas besoin de point de repère pour faire la ligne d'incision ; par la voie médiane on trouve aussi facilement l'appendice que par la voie latérale. La laparotomie médiane est beaucoup plus certaine que la latérale : d'abord, elle ne laisse aucun doute sur la justesse du diagnostic porté avant l'opération ; elle nous permet de voir sans peine toute l'étendue des lésions appendiculaires ; ensuite, grâce à elle on évitera de prendre une autre lésion du voisinage, surtout l'annexite droite, pour une appendicite ; et enfin il y a possibilité de voir si cette lésion est la seule dont souffre le malade.

Le diagnostic d'appendicite n'est pas toujours facile ; la confusion avec une annexite droite peut bien se faire ; si l'on opère par la voie latérale et que l'on tombe sur un appendice légèrement plus gros qu'il ne doit l'être normalement, on peut croire avoir sous les yeux la lésion qui a motivé l'intervention : une lésion annexielle peut très bien passer inaperçue à travers l'étroite incision latérale. Si l'on opère par la voie médiane, l'examen des organes génitaux peut être complet et l'erreur n'est pas commise, et la laparotomie médiane évite au chirurgien de prendre une annexite droite pour une appendicite.

Le diagnostic différentiel entre ces deux affections n'est pas toujours facile, l'erreur a été souvent commise ; mais, si l'opération est faite par la voie médiane, le diagnostic porté à faux peut facilement être rectifié.

Souvent l'on a cru avoir affaire à une appendicite, quand il s'agissait d'une annexite droite, et on enlevait par la voie latérale l'appendice réputé cause des symptômes constatés ; sous l'influence du repos auquel on soumettait l'opérée, ces symptômes pouvaient disparaître ; mais, plus souvent, ou la malade ne se rétablissait pas, ou bien quelque temps après on la trouvait atteinte

d'annexite droite ; il fallait intervenir à nouveau.

Cette erreur de diagnostic était due à plusieurs causes : d'abord, le praticien, frappé par l'apparition si soudaine d'appendicites si terribles qu'il ne pouvait qu'assister impuissant au développement de péritonites foudroyantes, craignait toujours d'intervenir trop tard et n'osait attendre d'avoir pu confirmer son diagnostic : à la moindre douleur à droite, avec quelques phénomènes de réaction péritonéale, il opérait.

Une autre cause d'erreur réside dans la proximité et les rapports entre l'appendice et les annexes droites. Comme l'appendice peut descendre jusqu'au niveau des annexes droites, et que dans ce cas le point de Mac-Burney n'existe plus ; qu'en outre le palper est impossible en raison de la vive douleur qu'il provoque, la confusion entre annexite et appendicite peut se faire très facilement.

Il n'y a que la laparotomie médiane qui puisse permettre de contrôler sûrement le diagnostic porté avant l'opération, la situation même de l'ouverture de la paroi au niveau des organes génitaux, la largeur du champ opératoire avec son jour parfait, permet de voir aussi bien l'ovaire et la trompe droite que l'appendice. L'erreur de diagnostic n'est plus possible.

#### Indication de l'appendicectomie au cours des laparotomies

Reuben Peterson (1), sur les 200 appendices enlevés et examinés au microscope, établit la statistique suivante :

---

(1) Reuben Peterson. — Relation entre l'appendicite et les affections pelviennes, basée sur l'étude clinique et microscopique de 200 cas (*American Journal of obstetrics*, 1904, vol. II, p. 1).

1° Résultats négatifs, 65 fois ; 2° inflammation chronique, 57 cas ; les lésions étant caractérisées tantôt par une inflammation catarrhale, une ulcération de la muqueuse avec atrophie de la muqueuse et du tissu lymphoïde ou une prolifération du tissu conjonctif ; 3° lésions douteuses comprenant une hyperplasie du tissu lymphoïde, une dilatation ou un rétrécissement du canal de l'appendice, une hypertrophie du tissu conjonctif, etc., mais sans autres signes manifestes d'inflammation ou d'infection, 41 cas ; 4° lésions anciennes, 28 cas ; 5° inflammation aiguë, 6 fois ; 6° lésions inflammatoires péri-appendiculaires, 3 cas. D'après cette énumération, et en ajoutant les cas douteux aux cas sains, Peterson indique qu'il reste encore 96 cas avec lésions sérieuses, soit une moyenne de 47 p. 100 d'appendicite coïncidant avec des affections annexielles.

L'auteur tire de son étude les conclusions suivantes :

1° Les douleurs menstruelles peuvent être causées ou être exagérées par l'appendice enflammé. La congestion menstruelle peut influencer les lésions de l'appendice et créer de véritables crises ; 2° il est très difficile de différencier les douleurs des lésions pelviennes de celles de l'appendicite chronique ; 3° lorsque l'appendice est adhérent aux annexes, il est presque toujours altéré ; 4° environ 50 p. 100 des malades atteintes de lésions annexielles chroniques présentent un appendice malade ; 5° cette inflammation de l'appendice peut être due soit au contact avec les annexes malades, soit à la propagation infectieuse par la voie lymphatique ; 6° chez les malades atteintes des kystes de l'ovaire, l'auteur a trouvé l'appendice atteint 70 p. 100, l'adhérence de cet organe au kyste est fréquente, ce dernier peut être ainsi infecté ; 7° enfin, en terminant sa conclusion, Peterson ajoute que

l'incision médiane permet d'atteindre facilement l'appendice et de le réséquer, que la résection de l'organe ne doit pas augmenter la mortalité ni retarder la guérison. Puisque, dit-il, il est impossible, par le simple examen de l'appendice, de déterminer si ce dernier est sain ou malade, le chirurgien doit, en l'absence de contre-indications, procéder à son ablation dans toute laparotomie.

Le **pronostic** d'appendicectomie au cours des laparotomies n'est pas aggravé. L'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies et l'appendicectomie compliquent-elles une opération déjà sérieuse par elle-même ? Nous pensons que non. Lorsque les lésions appendiculaires sont minimales et que l'appendice est facilement libéré de ses adhérences, à plus forte raison lorsqu'il est libre ou sain, son ablation allonge à peine de quelques minutes l'opération et il faut que l'opérateur soit véritablement fatigué ou pressé pour ne pas vérifier l'état de l'appendice et ne pas le réséquer.

Lorsque l'appendice est difficilement découvert, qu'il est caché au sein d'adhérences, que son exérèse est longue, c'est justement dans ce cas que l'appendicectomie s'impose au chirurgien, car il n'a pas le droit, prenant comme excuse l'aggravation de l'intervention, de laisser dans l'abdomen une infection latente qui demain peut-être nécessitera une nouvelle laparotomie.

Le pronostic d'une intervention pour annéxite bilatérale n'est pas plus grave que celui d'une intervention pour annéxite unilatérale. Pourquoi donc hésiter lorsqu'on sait que l'on peut guérir la malade d'une appendicite chronique, la débarrasser de ses crises d'appendicite, la préserver peut-être d'une appendicite future ?

Quant aux suites opératoires, il n'a pas été publiée

d'observations démontrant que l'appendicectomie retarde ou empêche en quoi que soit la guérison. Et l'état de santé de tous ceux à qui, depuis des années, l'appendice fait défaut, prouve suffisamment que son rôle, s'il en a un, est bien peu important.

Il ne faut pas oublier de dire à la malade guérie que l'on a réséqué son appendice pour que dans la suite un clinicien ne fasse pas un diagnostic d'appendicite et pour qu'un chirurgien, au cours d'une nouvelle laparotomie, ne recherche pas l'appendice.

---

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Professeur de Rouville. — *Bulletin de la Société d'obstétrique  
et de gynécologie de Paris*, février 1912)

#### Périméto-salpingo-appendicite

M<sup>me</sup> G..., 52 ans, de Marseillan (Hérault), m'est adressée par mon ami le D<sup>r</sup> Lafon, parce qu'elle souffre du ventre depuis plusieurs années, et que tous les traitements mis en œuvre jusqu'à ce jour sont restés sans effet. M<sup>me</sup> G... souffre du bas-ventre depuis son unique accouchement, qui eut lieu il y a 5 ans, et qui fut suivi de fièvre. Ses douleurs sont continues, avec exacerbation au moment des règles, lesquelles sont demeurées normales; leucorrhée abondante; miction normale, constipation. Depuis quelques mois les douleurs, primitivement unilatérales et localisées à gauche, sont devenues bilatérales; la malade marche pliée en deux et ne peut se livrer à aucun travail; nausées fréquentes; anorexie; état général assez défectueux.

*Examen le 3 janvier 1912.* — Ventre régulier; mauvaise paroi, riche en vergetures; ptose rénale droite et

colique transverse. Palpation indolore partout, sauf aux régions annexielles ; indolence parfaite au point de Mac-Burney.

L'utérus est en antéverson ; son fond déborde la symphyse de deux travers de doigt. On sent nettement les annexes augmentées de volume, surtout à gauche, et très douloureuses, flanquant l'utérus à droite et à gauche et se prolongeant dans le Douglas où elles adhèrent.

Le diagnostic s'impose : métro-salpingo-ovarite kystique bilatérale d'origine puerpérale. L'indication opératoire est nette. Le 11 janvier, je pratique l'hystérectomie abdominale. Utérus et annexes sont enveloppés d'adhérences qui remplissent le petit bassin ; mais l'intestin et l'épiploon sont libres et facilement isolés des lésions pelviennes par des compresses. Les annexes sont libérées de bas en haut et de dedans en dehors, et extirpées avec l'utérus. Après péritonisation aussi parfaite que possible, et avant de fermer le ventre, je fais redresser la malade, et, suivant mon habitude, je me mets en quête de l'appendice ; je le trouve sans longues recherches, émergeant de son insertion normale du cæcum ; il plonge en droite ligne dans le pelvis, où il s'insère solidement par sa pointe au niveau de la partie postéro-latérale de l'excavation ; il est rouge, richement vascularisé, augmenté de volume et de longueur, et tendu comme une corde entre ces deux points d'insertion, normal et pathologique. Son tiers supérieur est libre d'adhérences ; ses deux tiers inférieurs sont recouverts de fausses membranes filamenteuses ; sa pointe disparaît comme engainé dans un lacis d'adhérences qui la fixe solidement ; je la libère cependant, non sans prudence, et dès lors l'appendicectomie n'est qu'un jeu : des-

truction facile, au doigt, des adhérences filamenteuses ascendantes; ligature; section au thermo; enfouissement du moignon. Guérison parfaite sans incident.

## OBSERVATION II

(Gatellier. — *Société anatomique de Paris*, décembre 1911)

### Appendicite et salpingite

La pièce que nous présentons est le résultat d'une hystérectomie abdominale totale. Après laparotomie médiane chez une femme âgée de 27 ans, l'appendice est apparu long de 13 centimètres, rouge, congestionné et absolument adhérent par son pôle inférieur à la trompe droite. Il y a impossibilité de séparer les deux organes et l'appendice est enlevé adhérent à la pièce. Le fait curieux réside en ce que les douleurs appendiculaires existaient depuis longtemps, avec deux crises nettes, un an et deux ans et demi avant l'opération. Les phénomènes annexiels n'étaient apparus au contraire que depuis un mois environ. La trompe gauche était le siège d'un hydrosalpinx.

## OBSERVATION III

(Dartigues. — *In thèse Véron*. Paris, 1909)

**Laparotomie médiane. — Annexeomie droite et appendicectomie**

M<sup>me</sup> X..., 23 ans, pas de grossesses, pas de fausses couches.

*Diagnostic :* Appendicite d'abord et peut-être ovarite droite. Je conseille la laparotomie médiane pour agir en même temps sur l'appendice et sur les annexes droites s'il y a lieu.

*Opération :* Maison d'Armaillé, 30 novembre 1905.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

A l'ouverture du ventre, je trouve du liquide péritonéal dans le cul-de-sac vésico-utérin et le Douglas.

Les annexes gauches saines sont laissées.

Les droites présentent seulement un ovaire légèrement scléro-kystique ; comme elles pouvaient, peut-être, être le point de départ des douleurs, elles sont enlevées. J'enlève l'appendice très long, coudé en deux endroits et contenant des coprolithes multiples.

Enfouissement du moignon par un surjet en bourse.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Cette malade, à la suite d'une autoplastie cervicale complémentaire, a accouché dans de très bonnes conditions trois ans après.

REMARQUES : Je suis intervenu ici pour appendicite formellement ; mais j'ai choisi la voie laparotomique médiane pour le cas où il y aurait une lésion annexielle et pour assurer d'une façon certaine la cessation des douleurs droites, même si leur siège anatomique précis était méconnu.

La malade a guéri et a pu, sans inconvénient, mener à bien une grossesse.

## OBSERVATION IV

(Souligoux. — *In* thèse Pujos, Paris, 1905)

Laparotomie pour douleurs dans la fosse iliaque droite et troubles digestifs. — Ablation de l'ovaire droit. — Persistance des douleurs. — Nouvelle laparotomie. — Ablation de l'utérus et des annexes droites. — Persistance des douleurs. — Diagnostic porté d'appendicite chronique méconnue. — Résection de l'appendice. — Guérison.

M<sup>me</sup> D..., âgée de 43 ans, me fut adressée pour troubles digestifs accompagnés de douleurs dans la fosse iliaque droite. Je conclus qu'il s'agissait d'une appendicite chronique ; c'était aussi l'avis de plusieurs de mes collègues des hôpitaux que la malade avait consultés.

Elle avait déjà subi huit ans auparavant une laparotomie au cours de laquelle on enleva l'ovaire droit. Comme il n'y avait pas de soulagement on fit un an après l'ablation de l'utérus et des annexes gauches ; il y eut à la suite de cette intervention une fistule vésico-vaginale qui nécessita deux nouvelles opérations.

L'état de cette femme quand je la vis était sérieux ; état nerveux prononcé, amaigrissement considérable. Perte de l'appétit ou plutôt crainte de souffrir après l'absorption d'aliments.

Opération le 18 mai 1905 : On trouve un appendice grêle situé en avant, s'appuyant sur la face antérieure du cæcum et de la terminaison de l'iléon. De cet appendice partait au niveau de sa partie moyenne un tractus fibreux qui, se portant en arrière, contournait la face postérieure de l'iléon ; de telle sorte que lorsque les matières pas-

saient dans cette partie de l'intestin celui-ci avait tendance à se couder sur cette bride. L'appendice enlevé était oblitéré en plusieurs points de son trajet, limitant ainsi plusieurs poches très petites pleines de muco-pus. Guérison sans incidents. Depuis cette intervention la malade se porte infiniment mieux; les troubles digestifs ont totalement disparu et le poids a augmenté de 6 kilos.

## OBSERVATION V

(Lejars. — *In* thèse Pujos. Paris, 1905)

### Coexistence de salpingo-ovarite et d'appendicite chronique méconnue

Femme de 38 ans. Diagnostic porté : Salpingo-ovarite droite suppurée et salpingo-ovarite gauche.

Opérée le 13 mars. Laparotomie : grosse masse à droite entourée d'épiploon et d'intestin adhérent. Au cours de la décortication, la collection ovarienne se crève et donne beaucoup de pus. Extraction, puis décortication des annexes gauches. Hystérectomie abdominale supra-vaginale en bloc.

Ablation de l'appendice qui paraît sain. Constitution d'un dôme pelvien par des sutures du péritoine pré-vésical de l'S iliaque. Drain vaginal et drain par le ventre. Réunion, guérison. Sortie le 1<sup>er</sup> mai.

Examen histologique de l'appendice fait par M. le Dr Viollet, préparateur d'histologie à la Faculté.

L'appendice est presque partout sain; cependant en un point localisé du pourtour de la muqueuse on constate

une absence de revêtement épithélial. A ce niveau il existe une infiltration marquée du tissu conjonctif s'étendant jusqu'aux premières assises du revêtement musculaire de l'appendice ; au voisinage on note la présence de capillaires dilatés en assez grand nombre. La couche du tissu conjonctif immédiatement voisine du revêtement péritonéal plus vasculaire présente en certains points des noyaux d'infiltration cellulaire inflammatoire, il ne semble pas y avoir de continuité entre la lésion centrale et la lésion périphérique, les couches musculaires paraissant normales. D'une façon générale la couche des follicules clos présente un aspect normal.

---



## CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire, nous tirerons les conclusions suivantes :

L'appendicite chez la femme est très souvent méconnue.

L'utilité de l'examen de l'appendice a été prouvé par la découverte de nombreuses appendicites *méconnues* : soit parce qu'elles simulaient une autre affection abdominale, soit parce que fréquemment elles existaient en même temps qu'une autre affection dont l'évolution plus bruyante cachait leur évolution propre.

L'examen macroscopique ne permet pas toujours de déceler l'altération pathologique de l'organe et le chirurgien devra faire l'*appendicectomie* dans les cas douteux, surtout lorsque la malade aura ressenti des douleurs dans la fosse iliaque droite et lorsqu'elle aura présenté certains troubles intestinaux.

D'une part l'apparition d'une appendicite, d'autre part la persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite et de troubles intestinaux, après une opération faite par

voie abdominale sur un organe voisin de l'appendice, ont fait comprendre aux chirurgiens l'intérêt qu'il pouvait y avoir à rechercher systématiquement l'appendice au cours des laparotomies, à l'examiner et à pratiquer sa résection.

Les relations entre l'appendicite et les affections des annexes sont très étroites, d'où la coexistence fréquente des lésions appendiculaires simultanément avec les lésions annexielles.

Les voies des extensions inflammatoires entre les annexes et l'appendice sont : la voie séreuse principalement et la voie lymphatique.

Comme traitement idéal actuellement admis de périméto-salpingo-appendicite, c'est la laparotomie médiane, laquelle remplace l'hystérectomie vaginale pour l'annexite et la laparotomie latérale pour l'appendicite.

La laparotomie médiane pour appendicectomie est en général préférable à la latérale :

Parce qu'elle est plus simple, plus facile et plus rapide, parce qu'elle est plus certaine, en ce sens qu'elle permet de rectifier ou de compléter le diagnostic porté avant l'opération ; parce qu'elle est plus complète en donnant au chirurgien la faculté de faire, à côté de l'appendicectomie, des opérations complémentaires parfois importantes.

L'appendicectomie ne complique pas l'opération pour laquelle la laparotomie a été pratiquée et n'aggrave pas le pronostic. La santé des opérés ne se ressent nullement de la disparition de l'appendice.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- BARSNEY. — Appendicite et annexite (Thèse de Paris, 1898).
- Appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles (XV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie).
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite, 1914.
- BOUILLY. — Appendicite ou annexite (Sem. gyn., 1900, p. 27).
- CATZ. — Rapport des maladies des annexes avec l'appendicite (La Clinique, janvier 1909).
- GATELLIER. — Appendicite et salpingite (Société anatomique, décembre 1911).
- GLUCKSMANN. — Les états de congestion dans la sphère génitale de la femme et l'appendicite (Presse médicale, 1907).
- GUINARD. — Erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (Soc. de chir., 1904).
- HARTMANN. — Salpingite à pédicule tordu et appendicite (Sem. gyn., Paris, 1909).
- KRÜGER. — Rapport entre l'appendicite et les affections génitales de la femme (Semaine médicale, 1898, p. 16).
- PUJOS. — De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies (Thèse Paris, 1905).
- QUÉNU. — Discussion sur l'appendicite (Soc. de chir., 1904).
- REUBEN PETERSON. — Relations entre l'appendicite et les affections pelviennes (Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, n<sup>o</sup> 1, 1905).

ROUSSEAU et CASSARD. — L'appendicite chez la femme. Revue générale (Gazette des Hôpitaux, n° 19, 1913).

ROUVILLE (DE). — Périméthro-salpingo-appendicite (Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, février 1912).

VÉRON. — De la laparotomie médiane pour l'appendicectomie chez la femme (Thèse Paris, 1909-10).

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 23 juillet 1915.

Pour le Recteur,  
Le Professeur de Faculté délégué,  
P. GACHON.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 23 juillet 1915.

Le Doyen,  
MAIRET.

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---





